

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2019

Päälöydökset

- Poikkihallinnollisen koordinaation ja johtamisen rakenteet ovat kehittyneet myönteisesti.
- Kuntien johtoryhmistä 66 % on käsitellyt väestöryhmien välisiä terveyseroja ja 80 % elintapoja.
- Kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia palveluiden kehittämiseen on lisätty yhä useammassa kunnassa.
- Yhteistyössä järjestöjen kanssa on eroja.
- Päätösten vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän käytösä on edelleen kehitettävää.
- Hyvinvointikoordinaattori on yhä useammin sijoitettu muualle kuin sosiaali- ja terveys-toimeen.

Pia Hakamäki
029 524 7403
pia.hakamaki@thl.fi

Jonna Ikonen

Vesa Saaristo

Niina Saukko

Kirsi Wiss

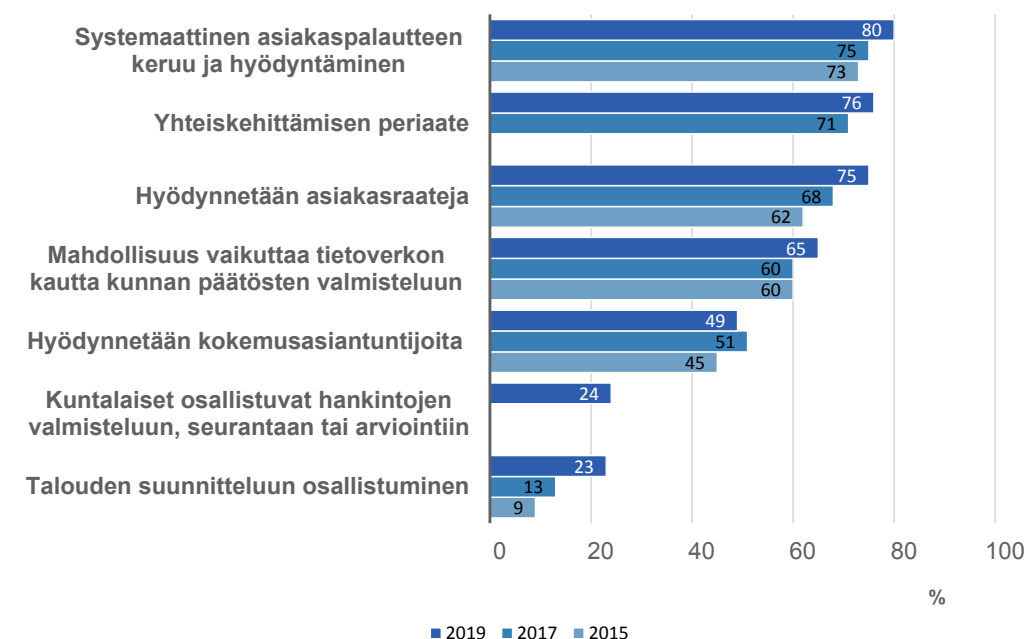
Timo Ståhl

Kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet yhä monipuolisempia

Erityisen myönteistä kehitys on ollut kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien luonnissa. Kolme neljästä (75 %) kunnasta on hyödyntänyt asiakasraateja palveluiden kehittämisessä ja suunnittelussa (kuviot 1). Myös väestön terveys- ja hyvinvointitietojen käsittely kunnan johtoryhmässä ja näiden tietojen raportointi valtuustolle on yleistynyt. Kuntien johtoryhmistä 34 prosenttia ei ole käsitellyt väestöryhmien välisiä terveyseroja eikä 20 prosenttia elintapoja. Seitsemän kuntaa kymmenestä ilmoitti asettaneensa kunnan talous- ja toimintasuunnitelmaan toimenpiteitä sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi. Sosioekonomisella asemalla tarkoitetaan esimerkiksi tulojen, koulutuksen tai ammattiaseman mukaista yksilön asemaa yhteiskunnassa.

Myönteisestä kehityssuunnasta huolimatta myös kehittämiskohteita löytyy edelleen. Päätösten vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän käyttöönotosta on päätetty hieman aiempaa useammassa kunnassa (28 %), mutta sen systemaattisessa käytössä on paljon parannettavaa. Kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista oli arvioitu ainoastaan 40 prosentissa kunnista ja ehkäisevän päihdetyön toimielin puuttui viidenneksestä kunnista.

Kuvio 1. Keinot, joilla kuntalaiset voivat osallistua palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun 2015, 2017 ja 2019, kuntien prosenttiosuudet.



Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä [TEAvisari](http://www.teaviisari.fi) (www.teaviisari.fi) olevat kuntakohtaiset tiedot tukevat kuntien eri hallinnonalojen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön suunnittelua ja kehittämistä tarjoten samalla vertailutietoa muista kunnista.

Taustaa

Kokonaisvastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on kunnilla. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kunnan on järjestettävä terveyttä ja hyvinvointia tukevat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä huolehdittava terveyden ja hyvinvoinnin edellytysten huomioimisesta kaikkien hallinnonalojen toiminnassa. Näistä molemmista tehtävistä on erikseen säädetty vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kuntalain (410/2015) mukaan kunnan tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa. Lisäksi kuntalaki korostaa asukkaiden ja palvelujen käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia kunnan toimintaan.

Tässä raportissa tarkastellaan kunnan eri toimialojen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintaedellytyksiä, koordinaatiota ja rakenteita, joita on kehitetty pitkäjänteisesti useissa valtakunnallisissa hankkeissa 2000-luvulla. Tarkastelluille asioille on myös selkeät velvoitteet mm. terveydenhuoltolaissa. Tässä julkaisussa raportoidaan vuoden 2019 tilannetta ja soveltuvin osin tietoja verrataan edeltäviin tiedonkeruisiin (Ståhl ym. 2017 ja 2015). Tiedot kerättiin keväällä 2019 kuntajohtolta. Kaikkiaan 273 kuntaa (93 %) toimitti tietonsa.

Vaikka sosiaali- ja terveyspalvelut (sote) ovat siirtyneet osassa kuntia yhteistoiminta-alueille, jää kuntaan edelleen kokonaisvastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöstä. Kunnissa tarvitaan selkeitä rakenteita ja prosesseja hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön suunnitteluun, koordinointiin ja johtamiseen. Tarve esimerkiksi perusopetuksen, liikuntatoimen, kulttuuritoimen, nuorisotoimen, kaavoituksen ja teknisen toimen työn koordinaatioon on jatkossa aivan yhtä suuri kuin nykyisinkin. Myös selkeät alueelliset ja maakunnalliset rakenteet mahdollistavat sote-asiantuntemuksen tehokkaan hyödyntämisen kunnan toiminnassa.

Tiedonkeruussa kerätään tietoja terveydenedistämisaktiivisuuden (TEA) viitekehyksen (sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi, voimavarat, yhteiset käytännöt, osallisuus, muut ydintoiminnot) mukaisesti (Ståhl & Rimpelä 2010). Tulokset ovat kunta- ja aluekohtaisesti tarkasteltavissa avoimessa ja maksuttomassa TEAvisari-verkkopalvelussa ([TEAvisari](http://www.teaviisari.fi)) sekä kysymyskohtaisesti perustaulukoissa (www.teaviisari.fi/kuntajohto).

Kokonaisuudessaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kuntajohtaminen – ei suuria muutoksia

Kokonaistulos kuvaa kuntajohdon panostusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen edellytysten luomiseen (taulukko 1). Tarkempi tarkastelu osoittaa, että keskeisimmät vahvuudet ovat väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan seurannassa ja tarveanalyysissä. Voimavaroja mitattiin kunnan myöntämien järjestöavustusten muodossa nyt ensimmäisen kerran. Tuloksia tarkasteltaessa on muistettava, että TEA-pisteitä (taulukko 1) laskettaessa on kuntien tuloksia painotettu väestömäärän suhteen (Saaristo 2012). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi Helsingin tuloksilla on suurempi painoarvo kuin Kirkkonummen, koska Helsingissä on enemmän asukkaita. Raportin muissa osioissa tuloksia ei ole painotettu.

Taulukko 1. Kuntien terveydenedistämisaktiivisuuden kehitys (pisteet*) vuosina 2011–2019.

Kuntajohto, koko maa	2011	2013	2015	2017	2019
Kokonaistulos	62	73	75	79	78
Sitoutuminen	64	68	70	77	77
Johtaminen	57	70	70	75	80
Seuranta ja tarveanalyysi	55	72	81	85	87
Voimavarat**	-	-	-	-	65
Osallisuus	72	80	77	78	80

*Pisteet 0–100. Pistemäärä 100 tarkoittaa, että toiminta on kaikilta osin hyvän käytännön ja laadun mukaista. Tarkemmat tietosisällöt on kuvattu laatuselosteessa. **Tietoa kerätty vuodesta 2019 alkaen.

Sitoutuminen

Paikallinen turvallisuussuunnitelma

Paikallinen turvallisuussuunnitelma on keskeinen kuntien turvallisuustyön työkalu, jossa linjataan oleellimmat toimenpiteet valtuustokaudelle. Suunnitelman valmistelu ja toimeenpano edellyttävät monialaista koordinointia ja raportointia. Sen keskeisinä tavoitteina on ehkäistä onnettomuuksia, tapaturmia, rikoksia ja häiriöitä sekä edistää kuntalaisten turvallisuuden tunnetta. Se voidaan tehdä myös osana laajan hyvinvointikertomuksen laadintaprosessia. Vuonna 2019 paikallinen turvallisuussuunnitelma oli laadittu 66 prosentissa kunnista. Kolmasosa kunnista (29 %) oli laatinut erillisen suunnitelman, yhtä moni seudullisena tai alueellisenä yhteistyönä ja kahdeksan prosenttia osana hyvinvointikertomusta. Kunnista 34 prosenttia ilmoitti, ettei suunnitelmaa ollut laadittu. Tilanne oli lähes samalla tasolla kuin vuonna 2017, jolloin vastaava osuus oli 29 prosenttia kunnista.

Toimenpiteiden määrittäminen hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut vuosikymmeniä sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteena ja on myös yksi nykyhallituksen keskeisistä tavoitteista. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää monialaisia kansallisia ja paikallisia toimia. Kolme neljästä (78 %) kunnasta oli määrittänyt hyvinvointikertomuksessa toimenpiteitä sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi. Kunnan talous- ja toimintasuunnitelmiin toimenpiteitä oli määritetty hieman harvemmin, 70 prosentissa kunnista.

Mittarit toiminta- ja taloussuunnitelmassa sekä tavoitteiden arviointi tarkastuslautakuntien kertomuksissa

Kaksi kolmesta (71 %) kunnasta oli määrittänyt joko omia tai kansallisista tietolähteistä saatavia mittareita kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumisen arvioimiseksi. Yli puolet (62 %) kunnista käytti omia mittareita. Kaksi vuotta aiemmin vastaavat osuudet olivat 68 prosenttia ja 56 prosenttia.

Kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista oli arvioitu 40 prosentissa tarkastuslautakuntien arviointikertomuksista valtuustokauden 2017–2020 aikana. Tilanne oli samalla tasolla kuin edellisellä valtuustokaudella, jolloin 43 prosentissa tarkastuslautakuntien kertomuksista oli arvioitu hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista.

Sitoumukset ja strategiat kestävän kehityksen edistämiseen

Vuonna 2019 kestävyystavoitteita tai kestävyys sitoumuksia/-strategioita oli asetettu kunnissa yleisimmin (85 %) syrjäytyneiden saamiseksi takaisin koulutusjärjestelmään ja työmarkkinoille. Väestörakenteen muutoksiin sopeutumiseen (73 %) ja kestäväan liikkumiseen esimerkiksi julkisen liikenteen, kävelyn ja pyöräilyn suosimiseen (62 %) liittyvät tavoitteet olivat myös yleisiä. Noin puolet kunnista oli huomionut luonnon monimuotoisuuden ja ekosysteemien suojelun (54 %) sekä matalahiiliseen yhteiskuntaan siirtymisen ja hiilipäästöjen vähentämisen (52 %) tavoitteissaan. Harvinaisinta (40 %) kunnissa oli jätemäärän vähentämiseen liittyvä tavoitteiden asettelu.

Johtaminen

Valtuuston hyväksymä hyvinvointikertomus suurimmassa osassa kuntia

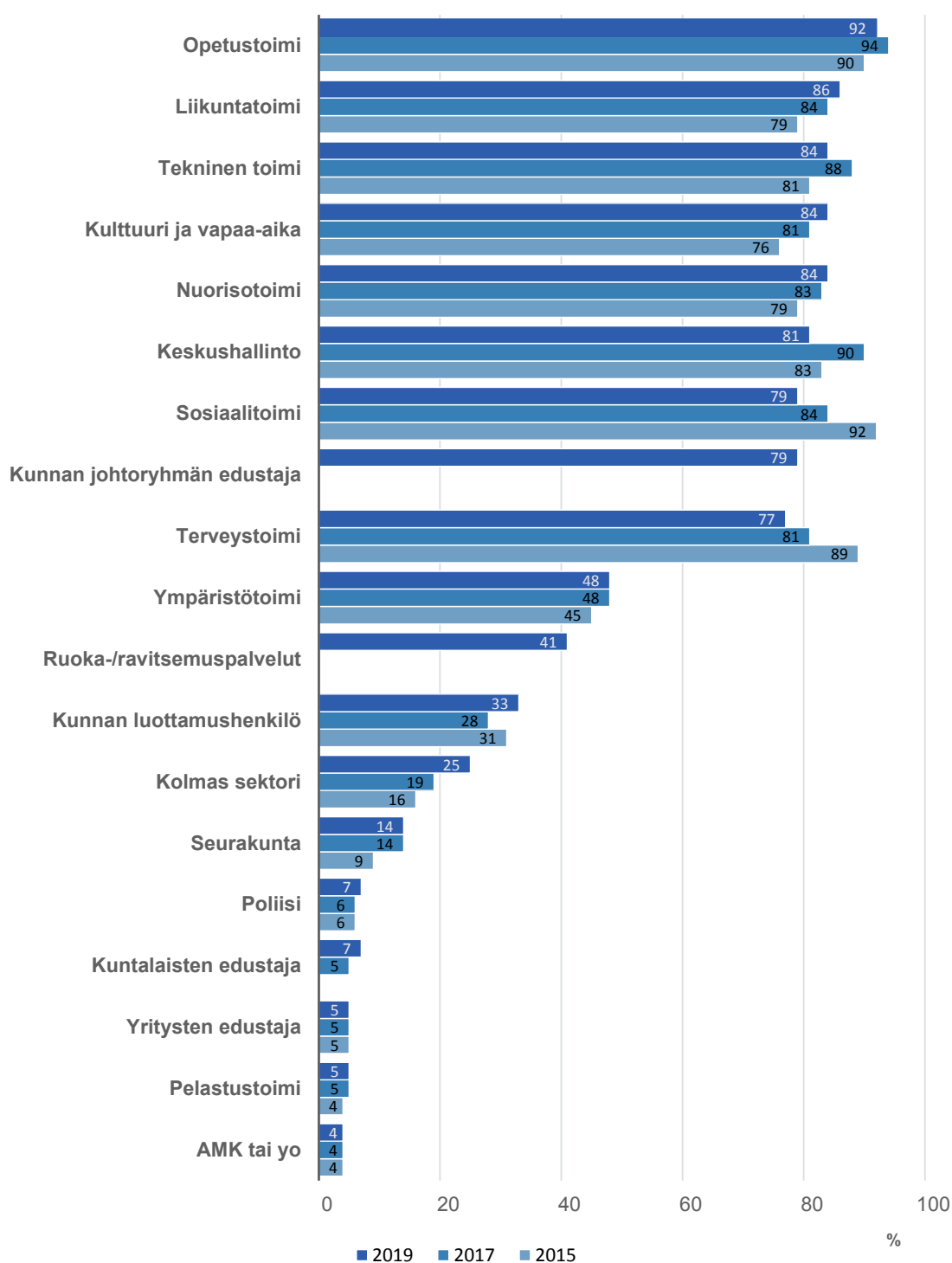
Valtuuston hyväksymä hyvinvointikertomus oli vuonna 2019 lähes kaikilla kunnilla (94 %). Ainoastaan 15 kuntaa ilmoitti, että hyvinvointikertomusta ei ole laadittu. Vuonna 2017 hyvinvointikertomus oli 91 prosentilla kunnista. Laaja hyvinvointikertomus oli myös huomattavasti aiempaa yleisemmin kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavana (2019 78 %, vuonna 2017 69 % ja vuonna 2015 54 % kunnista).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) työryhmä vastaa kuntien poikkihallinnollisen työn koordinaatiosta ja toimeenpanosta. Tyypillisesti se myös raportoi kunnan johtoryhmälle, ellei se toimi samalla myös hyte-johtoryhmänä. Kunnan johtoryhmä tai laajennettu johtoryhmä toimi 34 prosentissa kunnista hyte-työryhmänä. Yleisin (54 %) oli eri hallinnonalojen tai yhteisöjen edustajista koostuva poikkihallinnollinen ryhmä. Ainoastaan kolmessa prosentissa kunnista ei ollut hyte-työryhmää vuonna 2019. Kaksi vuotta aiemmin poikkihallinnollinen työryhmä puuttui neljästä prosentista kunnista.

Hyte-ryhmiin voidaan kutsua myös muita paikallisia toimijoita kuten järjestöjen, koulutusorganisaatioiden tai yritysten edustajia, jolloin yhteistyöstä tulee systemaattisempaa ja tiiviimpää. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät muodostuivat yleisimmin kuntaorganisaation eri toimialojen edustajista (kuvio 2). Muista toimijoista yleisimpiä olivat kunnan poliittiset päätöksentekijät (33 %) ja kolmannen sektorin edustajat (25 %). Vuoteen 2015 verrattuna eniten olivat vähentyneet sosiaali- (-13 prosenttiyksikköä) ja terveystoimen edustajuudet (-12 prosenttiyksikköä).

Kuvio 2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmien kokoonpano vuosina 2015–2019, kuntien prosenttiosuudet.



Ehkäisevän päihdetyön toimielin puuttuu joka viidennestä kunnasta

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty 78 prosentissa kunnista. Tämä on ollut kuntien velvollisuutena vuodesta 2015 lähtien. Kuntakoko ei selittänyt nimeämättä jättämistä, maakuntien välillä sen sijaan oli vaihtelua. Esimerkiksi kaikissa Kainuun ja Kanta-Hämeen kunnissa toimielin oli nimetty.

Hyvinvointikoordinaattorit toimivat pääasiassa osa-aikaisesti tai oman toimen ohella

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön koordinoointiin oli nimetty henkilö 83 prosentissa kunnista vuonna 2019 (62 % vuonna 2017). Pääasiassa (61 %) tehtävää hoidettiin osa-aikaisesti tai oman toimen ohella. Kokopäivätoiminen koordinaattori oli 19 prosentissa kunnista ja kolmessa prosentissa kunnista henkilö oli useamman kunnan yhteinen.

Yleisimmin (30 %) koordinaattorin tehtävä oli sijoitettu keskushallintoon. Sosiaali- ja terveystoimeen koordinaattorin tehtävä oli sijoitettu 14 prosentissa kunnista eli selkeästi harvemmin kuin aiempina vuosina (vuonna 2015 60 %, vuonna 2017 37 %). Sivistys-/opetustoimi (vuonna 2019 18 %, vuonna 2017 13 % ja vuonna 2015 6 %) oli yhä useammin koordinaattorin sijoituspaikka.

Järjestöyhteistyön koordinaattori oli nimetty 61 prosentissa kunnista. Yleisimmin koordinaattori oli nimetty alle 10 000 asukkaan kunnissa.

Vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän käytössä edelleen parannettavaa

Päätöksen väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakkoarviointimenetelmän käyttöönotosta oli tehnyt 28 prosenttia kunnista. Käyttöönottopäätökset olivat hieman yleisempiä kuin kaksi vuotta aiemmin (vuonna 2017 20 %). Kirjallinen toimintaohje vaikutusten ennakkoarviointin toteuttamisesta oli 14 prosentissa kunnista.

Menetelmän suunnitelmallinen käyttö oli kunnissa vielä harvinaista (kuvio 3). Kolme neljäsosaa (75 %) kunnista ilmoitti, ettei ollut käyttänyt menetelmää kuntastrategian valmistelussa lainkaan. Muiden suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa sitä oli käytetty kaikilla ja/tai joillakin toimialoilla reilussa kolmanneksessa (35 %) kunnista. Neljän vuoden seuranta-ajalla ennakkoarviointimenetelmän suunnitelmallinen käyttö oli pysynyt ennallaan. (Ks. lisätietoa arviointimenetelmästä Sundquist & Oulasvirta 2011.)

Kuvio 3. Väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakkoarviointimenetelmän käyttö kunnissa vuosina 2015–2019, kuntien prosenttiosuudet.

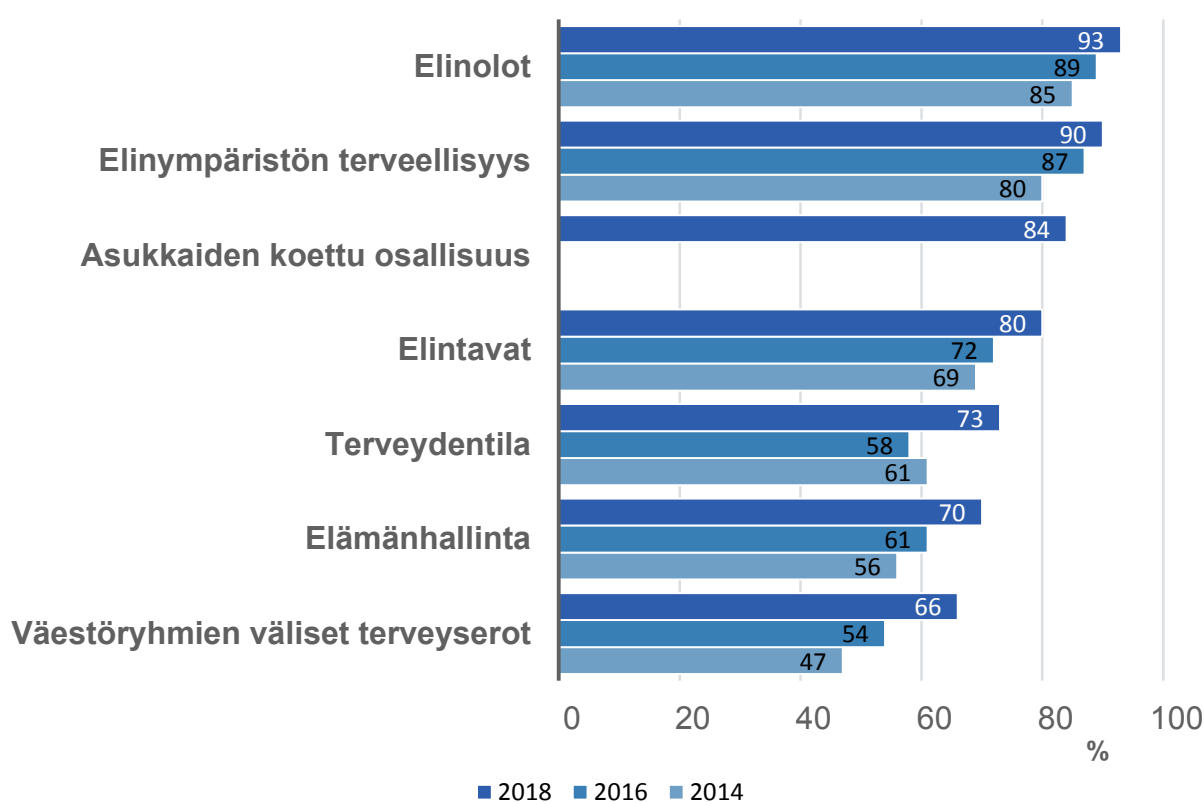


Seuranta ja arviointi

Hyvinvointi- ja terveystietojen käsittely yhä yleisempää

Vuonna 2018 kuntien johtoryhmissä hyvinvointi- ja terveystiedoista yleisimmin oli käsitelty kuntalaisten elinoloja (93 %), kuten toimeentuloa, koulutusta ja työllisyyttä, sekä elinympäristön terveellisyttä (90 %), kuten turvallisuutta ja viihtyisyyttä (kuviot 4). Kuntalaisten koettua osallisuutta oli käsitelty 84 prosenttia kunnista. Neljä viidestä (80 %) johtoryhmästä oli käsitellyt kuntalaisten elintapoja, kolme neljästä (73 %) kuntalaisten terveydentilaa ja elämänhallintaan liittyviä asioita (70 %). Hieman harvemmin (66 %) käsiteltiin väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kaikkien teemojen käsittely oli selkeästi yleisempää kuin kaksi vuotta aiemmin. Vuosina 2014 ja 2016 selvitettiin kuntalaisten sairastavuuden käsittelyä terveydentilan (vuonna 2018) sijaan, mikä on hieman saattanut vaikuttaa tiedon raportointiin.

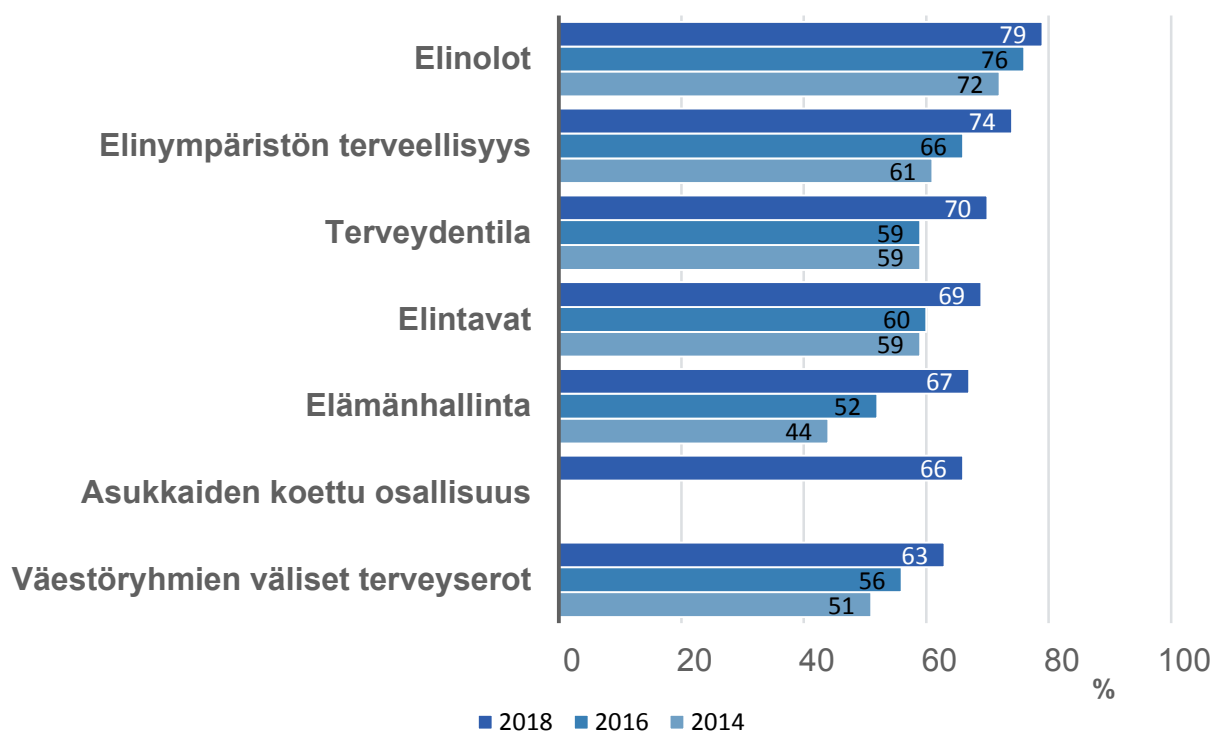
Kuvio 4. Väestön hyvinvointi- ja terveysteemojen käsittelyn yleisyys kunnan johtoryhmässä vuosina 2014, 2016 ja 2018, kuntien prosenttiosuudet.



Valtuustoa informoidaan yhä yleisemmin asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden tilasta

Valtuustolle oli vuonna 2018 raportoitu yleisimmin (79 %) kuntalaisten elinoloja (kuviot 5). Selvästi yli puolessa kunnista valtuustolle raportoitiin elinympäristön terveellisyydestä (74 %), väestön terveydentilasta (70 %) sekä elintavoista (69 %). Eniten (67 %) oli yleistynyt raportointi väestön elämänhallinnasta, kuten tyytyväisyydestä elämään, koulumenestyksestä tai lähisuhdeväkivallasta.

Kuvio 5. Väestön hyvinvointi- ja terveysteemojen raportoinnin yleisyys kunnanvaltuustolle vuosina 2014, 2016 ja 2018 kuntien prosenttiosuudet.



Voimavarat

Järjestöille myönnetyissä avustuksissa eroja

Vuonna 2018 järjestöille oli myönnetty yleisavustusta keskimäärin (mediaani) 9,1 €/asukas. Kuntien väliset erot olivat suuria. Yleisavustusten määrä vaihteli välillä 0–101,4 €/asukas. Yleisavustuksella tarkoitetaan tiedonkeruussa perusavustusta, joka tukee yhdistyksen toimintaedellytyksiä. Tähän ei sisällytetä esimerkiksi investointi-, kohde- ja hankeavustuksia eikä kumppanuussopimuksia.

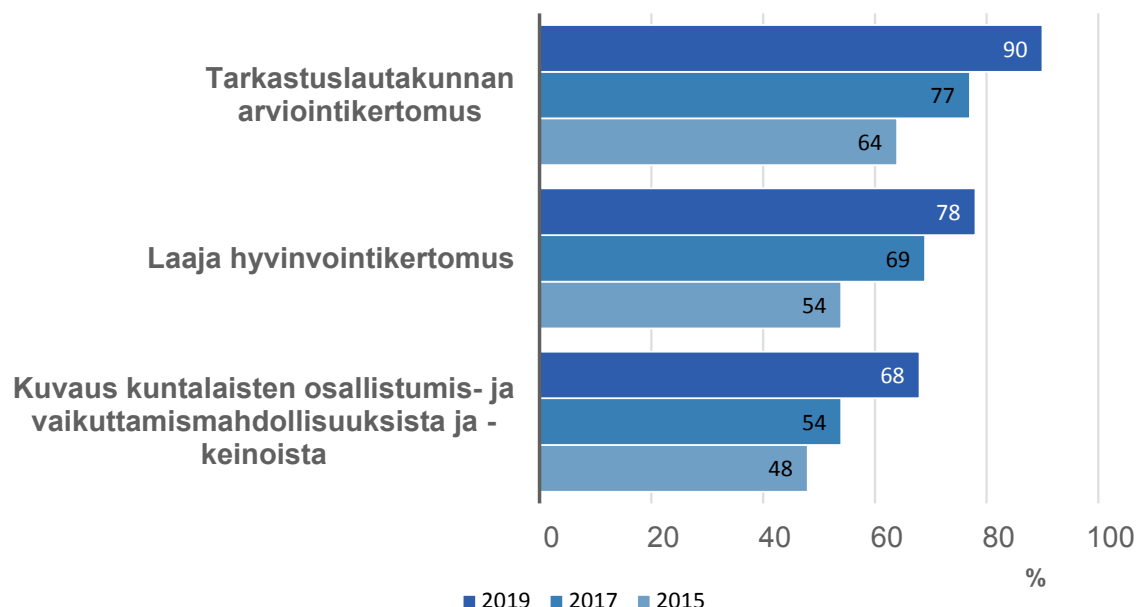
Tilastokeskuksen julkaisemista kuntataloustilastosta poimittiin lisäksi kustannustiedot avustuksista yhteisöille. Tämä luku pitää sisällään muille kuin kotitalouksille myönnettävät avustukset, kuten erilaisille yhdistyksille, seuroille ja tiehoitokunnille maksettavat toiminta-avustukset. Avustuksiin kuuluvat myös kunnan osuudet työmarkkinatuen rahoitusmenoihin (Työmarkkinatuen kuntaosuus), jotka Kansaneläkelaitos laskuttaa kunnilta. Vuonna 2017 yhteisöille oli myönnetty avustuksia keskimäärin (mediaani) 73,9 €/asukas. Avustusten määrä yhteisöille vaihteli välillä 0,79–299,3 €/asukas.

Osallisuuden edistäminen

Verkkosivut osallisuuden edistäjinä – myönteistä kehitystä havaittavissa

Tarkastuslautakunnan arviointikertomus oli kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa kunnan verkkosivuilla 90 prosentissa, laaja hyvinvointikertomus 78 prosentissa ja kuvaus kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista ja -keinoista 68 prosentissa kunnista. Vuoteen 2017 verrattuna tilanne on olennaisesti parantunut, vaikka kehitettävää vielä on (kuvio 6).

Kuvio 6. Kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa olevat asiakirjat ja kuvaus osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista vuosina 2015–2019, kuntien prosenttiosuudet.



Kuntalaisten osallistumiskeinot palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun yhä yleisempiä

Kunnat tarjoavat kuntalaisille monia eri tapoja osallistua kunnan toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen. Yleisimmin (80 %) käytössä oli systemaattinen asiakaspalautteen kerääminen ja niiden tuloksien hyödyntäminen suunnittelu- ja kehittämistyössä. Noin joka toisessa (49 %) kunnassa käytettiin kokemusasiantuntijoita palveluiden kehittämisessä. Harvimminkin kunnat tarjosivat kuntalaisille mahdollisuutta talouden suunnitteluun esimerkiksi osallistavan budjetoinnin kautta. Tämä oli käytössä vain 23 prosentissa kunnista (kuviot 1).

Osallisuuden edistäminen kuntasuunnittelussa

Noin kaksi kolmasosaa kunnista (61 %) oli määritellyt vuoden 2019 toiminnan suunnittelussa kuntalaisten osallisuuden edistämisen tavoitteet toiminta- ja taloussuunnitelmassa. Vastaavat toimenpiteet kuntalaisten osallisuuden edistämiseksi oli määriteltävä hieman harvemmin (54 %).

Osallisuusohjelma osana laajempaa kokonaisuutta oli 20 prosentissa ja erillinen osallisuusohjelma 8 prosentissa kunnista.

www.thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen-kuntajohdossa-tea

Kirjallisuus

Kuntalaki (410/2015). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>

Pekkanen ym. (2019). Terveystiedon edistäminen kuntajohdossa – aineiston laadun ja luotettavuuden arviointi. Käsikirjoitus. Luettu 21.10.2019. Julkaisu tulossa.

Perustaulukot tuloksista aluehallintovirastojen aluejaon, maakuntien, tilastokeskuksen kuntaryhmitelmien ja kunnan koon mukaisesti. <http://www.teaviisari.fi/kuntajohto>.

Saaristo V. 2012. TEAviisari 2011. Kuntajohdon aineiston muodostaminen ja opiskeluterveydenhuollon indikaattorit. THL Raportti 60/2012. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-737-0>

Sundquist S & Oulasvirta L. (toim.) 2011. Vaikutusten ennakkoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa. Suomen Kuntaliitto. Saatavissa verkossa: http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/arviointi_suositus_ebook.pdf.

Ståhl T, Hakamäki P, Saaristo V & Wiss K. 2017. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2017. THL. Tilastoraportti 38/2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017111350614>

Ståhl T, Wiss K, Hakamäki P & Saaristo V. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kunnassa – rakenteet, vastuut, seuranta ja voimavarat. Tutkimuksesta tiiviisti 31, syyskuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-527-1>.

Ståhl T, & Rimpelä M. 2010. Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl T & Rimpelä A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. THL Teema 9/2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085430>.

TEAvisari. <http://www.teaviisari.fi>.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Tilastokeskus. Kuntataloustilasto 2017. <https://www.stat.fi/meta/til/kta.html>

Laatuseloste

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA

Tilastotietojen relevanssi

Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä TEAvisari on kehitetty yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), sosiaali- ja terveysministeriön, opetus- ja kulttuuriministeriön, Opetushallituksen ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Vertailutietojärjestelmä tekee näkyväksi kuntien tekemän työn asukkaidensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi seitsemällä eri toimialalla. Kuntien strategisen johtamisen lisäksi kerätään tietoja terveydenedistämisaktiivisuudesta (TEA) perusterveydenhuollossa, perusopetuksessa, liikunnassa, lukioissa, ammatillisessa koulutuksessa ja kulttuurissa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämä Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -aineisto tarkastelee erityisesti kuntajohdon roolia ja merkitystä kunnan kaikkia toimialoja koskevassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä. Raportoidut tiedot kuvaavat erityisesti perusedellytyksiä, jotka mahdollistavat tehokkaan ja toimivan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön johtamisen kunnan kaikilla hallinnonaloilla. Tiedot eivät kuvaa operatiivista, päivittäistä toimintaa.

Tietoja käytetään mm. sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamistyön arvioinnissa sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ohjauksessa ja valvonnassa. Tietoja on tarkoitus käyttää myös yhdeksi kuntien valtionosuuden määräytymisen kriteeriksi suunnitellun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustimen laskemisessa.

Tietojen avulla kunnat ja alueet voivat kehittää ja arvioida hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tilannetta suhteessa koko maahan tai toisiin kuntiin. Tiedot on tarkoitettu kuntien ja kaupunkien viranomaisille, kansallisille ja alueellisille viranomaisille sekä päätöksentekijöille, suunnittelijoille ja tutkijoille.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -kokonaisuus jakaantuu viiteen eri ulottuvuuteen eli sitoutumiseen, johtamiseen, seurantaan ja tarveanalyysiin, voimavaroihin sekä osallisuuteen.

- Sitoutuminen kuvaa strategiatasolla kunnan sitoutumista hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, esimerkiksi teeman näkyvyyttä keskeisissä asiakirjoissa sekä toimeenpanoa tukevien mittareiden käyttöä osana taloussuunnittelun prosessia.
- Johtaminen kuvaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen organisointia, vastuun määrittelyä ja toimeenpanoa.
- Seuranta ja tarveanalyysi kuvaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen vaikuttavien tekijöiden seurantaa ja tarveanalyysia väestöryhmittäin sekä raportointia johto-/työryhmälle ja luottamushenkilöille.
- Voimavarat kuvaa kunnan yhteisöille myöntämiä avustuksia.
- Osallisuus kuvaa kuntalaisten mahdollisuutta osallistua palvelujen kehittämiseen ja arviointiin.

Tiedonkeruu on toteutettu parittomina vuosina, vuodesta 2011 alkaen yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Tiedonkeruun valmistelussa asiantuntijatyöryhmä, Terve kunta -verkoston johtoryhmä, käy läpi edellisen tiedonkeruun sisällöt ja uudelleen arvioi sekä pisteyttää yksittäiset kysymykset. Lisäksi kunnista saadut palautteet ja uudet sisältöehdotukset huomioidaan valmistelussa. Valmisteluprosessiin osallistuu useita kuntien, kaupunkien ja alueiden edustajia.

Menetelmäkuvaus

THL kokoaa Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -kokonaisuuteen tarvittavat tiedot eri tietolähteistä. Yhteensä kunnan strategiseen johtamiseen liittyviä indikaattoreita vuonna 2019 on 66 kappaletta, joista 64 kerätään suoraan kuntajohtajilta tai muilta johtavilta viranhaltijoilta tiedonkeruun avulla. Tieto savuttomaksi julistautuneista kunnista saatiin Savon Sydänpiiri ry:ltä. Avustukset yhteisöille poimitaan Tilastokeskuksen Kuntataloustilastosta.

Tiedonkeruu kuntien johdolle väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä toteutetaan keväisin, kahden vuoden välein parittomina vuosina. Käyttäjätunnukset ja linkki tiedonkeruulomakkeeseen lähetetään kaikille kunnanjohtajille

sähköpostilla. Tiedot pyydetään keräämään yhteistyössä kunnan johtoryhmän kanssa. Vuonna 2019 paperisen tiedonkeruulomakkeen sijaan lähetettiin myös kuntien kirjaamoihin lomake sähköisessä muodossa (pdf). Tietojen toimittamisesta muistutetaan kolmesti sähköpostilla. Tämän jälkeen aluehallintoviranomaiset voivat olla yhteydessä oman alueensa kuntiin. THL:n yhteyshenkilö on vielä henkilökohtaisesti yhteydessä kaikkiin vastaamattomiin kuntiin soittamalla kesäkuun alussa.

Tiedonkeruun materiaalit, kuten lomake, on nähtävissä [TEAvisarin verkkosivuilla](#).

Tilaston tiedot kuvaavat viittä terveydenedistämisen aktiivisuuden ulottuvuutta eli sitoutumista, johtamista, seurantaa ja tarveanalyysia, voimavaroja sekä osallisuutta. Ulottuvuuskohtaiset pistemäärät on saatu pisteyttämällä kunnan toimintaa kuvaavat tosiasialuonteiset tiedot suhteessa lainsäädäntöön, suosituksiin ja hyviin käytäntöihin. Kokonaispistemäärä on ulottuvuuksia kuvaavien pistemäärien keskiarvo. Indikaattorit on pisteytetty asteikolla 0–100. Pistemäärä kuvaa, miten hyvin hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuu kuntien strategisessa johtamisessa. Pistemäärä 100 tarkoittaa, että toiminta on kaikilta osin hyvän käytännön ja hyvän laadun mukaista.

Esimerkki indikaattorin pisteytyksestä:

Kysymys 10. Onko tarkastuslautakunnan tekemässä arviointikertomuksessa arvioitu tämän valtuustokauden aikana kuntanne hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista?

Ei tietoa (0 pistettä)
Ei (0 pistettä)
Kyllä (100 pistettä)

Alueiden pistemäärä on kuntakohtaisten tietojen väestömäärällä painotettu keskiarvo.

Tietojen kattavuus

Vuonna 2019 tietonsa toimitti kuntaa 273 (93 % kaikista Manner-Suomen kunnista). Vastausaktiivisuus oli korkein Itä-Suomessa (96 %) ja matalin Lapissa (86 %). Kunnan koko oli yhteydessä vastausaktiivisuuteen: kaikki yli 50000 asukkaan kunnat ja 97 prosenttia 20000–49999 asukkaan kunnista toimitti tietonsa. Alle 5000 asukkaan kunnista vastasi 91 prosenttia. Vastanneet kunnat kattoivat 97,4 prosenttia koko maan väestöstä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Tietojen toimittaminen kunnan koon mukaan, prosenttiosuus kunnista ja lukumäärä.

Kunnan koko	2011*	2013	2015	2017	2019
Alle 5000	46 % (145)	55 % (77)	69 % (137)	86 % (118)	91 % (124)
5000–9999	56 % (88)	69 % (54)	78 % (77)	91 % (80)	92 % (74)
10 000–19 999	68 % (32)	77 % (36)	88 % (49)	98 % (42)	90 % (41)
20 000–49 999	78 % (29)	78 % (28)	97 % (34)	100 % (34)	97 % (35)
50 000 tai yli	100 % (19)	95 % (19)	100 % (20)	100 % (21)	100 % (21)
Yhteensä	58 % (195)	67 % (214)	79 % (251)	92 % (270)	93 % (273)

*Ahvenanmaan kunnat olivat mukana vuonna 2011.

Lomakkeella oli 64 yksittäistä kysymystä, jotka kuvasivat kunnan strategista johtamista. Tiedot olivat sellaisia, jotka valmistelevan työryhmän arvion mukaan jokaisen kunnan olisi ollut mahdollista toimittaa tiedonkeruuta varten. Kattavia vastauksia oli 59 prosenttia (161 kuntaa). Korkeintaan kolme tietoa puuttui 88 prosentilta (239 kuntaa) tiedot toimittaneista kunnista. Vuonna 2017 vastaavat luvut olivat 72 prosenttia (180) ja 87 prosenttia (218). Puuttuvien tietojen luku-

määrä oli yhteydessä tilastolliseen kuntaryhmyykseen siten, että maaseutumaisilta kunnilta tietoja puuttui keskimäärin enemmän. Ahvenanmaa ei ole mukana tiedonkeruussa.

Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Vuonna 2019 tiedot kokosi lähes kahdessa kunnassa kolmesta kunnanjohtaja yhdessä kunnan johtoryhmän kanssa (64 %). Kolme kuntaa neljästä (72 %) ilmoitti käsitelleensä tiedonkeruulomaketta kunnan johtoryhmässä. Ohje oli, että lomaketta tulisi käsitellä kunnan johtoryhmässä. Joka neljännessä kunnassa (28 %) vastauksen valmisteluun oli osallistunut hyvinvointikoordinaattori tai vastaava.

Vuonna 2019 aineiston laadun ja luotettavuuden kehittämiseksi neljä tiedonkeruulomakkeen tietoa tarkistettiin ja käytiin läpi systemaattisesti. Auditointiin valitut tiedot olivat viitekehysten eri ulottuvuuksista. Suunnitteilla olevan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosan hyte-indikaattorit, kehittämistyön kannalta sisällöllisesti keskeiset teemat ja kysymysten todennettavuus huomioitiin tarkistettavien tietojen valinnassa. Valittujen kysymysten kyllä-vastaukset tarkistettiin käymällä läpi kuntien verkkosivuilta löytyvät tiedot ja kyseiset asiakirjat. Jos asiakirjasta ei löytynyt tietoa, asiakirja tarkistettiin uudelleen. Jos tietoa ei vielä löytynyt, kuntiin oltiin yhteydessä sähköpostitse tai puhelimitse ja pyydettiin tietoihin täydennystä tai vahvistusta. Näin kunnan yhdyshenkilölle annettiin mahdollisuus tarkentaa antamia tietoja ja pienennettiin tarkistusvirheen mahdollisuutta. Tarkistuksessa mukana olleiden tietojen osalta tietojen puutteellisuus tai epäselvyys ei ollut systemaattista.

Tietojen auditointi koski kuntien paikallisia turvallisuussuunnitelmia (kysymys 5), tarkastuslautakuntien arviointikertomuksia (kysymys 10), kirjallisia toimintaohjeita vaikutusten ennakkoarvioinnin toteuttamisesta (kysymys 17) ja osallisuusohjelmia (kysymys 35) (Pekkanen ym. 2019).

Tarkastettuja, auditoituja asiakirjoja oli yhteensä 420 ja niiden perusteellamuutettavia tietoja oli 23, kaikki eri kunnista. Luotettavuuden kannalta oleellista oli, että virheellisten tietojen toimittaminen ei ollut systemaattista. Yksittäiset virheeliset tiedot korjattiin aineistoon ja tarvittaessa tietojen päivittäminen myös myöhemmin eli jälkikäteen on mahdollista. Auditointityön lisäksi kunnille lähetettiin tarkistettavaksi numeerinen yleisavustuksia mittaava indikaattoritieto. Ilmoituksista tiedoista laskettiin kuntakohtainen tunnusluku väestömäärään suhteutettuna. Tiedot tarkistettiin lähettämällä tiedonkeruun yhdyshenkilöille kuntakohtaiset tunnusluvut sähköpostilla ja pyydettiin heitä tarkistamaan tiedot yhdessä asianosaisen henkilöstön kanssa.

Kaiken kaikkiaan yhteensä 273 tunnuslukutietoa lähetettiin tarkistettavaksi. Ohjeena oli tarkistaa tieto ja lähettää tarkennus tarvittaessa. Tietoja tarkensi yhteensä 84 kuntaa. Näistä 19 kuntaa ilmoitti, että tarkistettaviksi lähetetyt tiedot ovat oikein ja 65 kuntaa korjasi tai täydensi tietojaan. Tietoa korjanneilla kunnilla keskimääräinen muutos (mediaani) oli 2,4 euroa/ asukas lisäystä tiedonkeruussa ilmoitettuun lukuun.

Julkaistujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

Tiedot hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntajohdossa kerätään parittomien vuosien keväällä ja kysymyskohtaiset perusjakaumat julkaistaan perustaulukoissa ennakotietona saman vuoden kesäkuussa kuntakoon, tilastollisen kuntaryhmyyksen, aluehallintoviraston alueen ja maakunnan mukaan. Syyskuussa taulukot julkaistiin myös sairaanhoitopiireittäin.

Kuntakohtaiset tiedot on raportoitu pisteytettynä lokakuussa TEAviisarissa. TEAviisarissa tiedot esitetään valmiiksi analysoituina yhteenvetoina ja toiminnan suunnittelun, johtamisen ja arvioinnin kannalta hyödyllisinä visuaalisina graafeina. TEAviisari näyttää kokonaiskuvan sekä auttaa tunnistamaan kunnan strategisen johtamisen keskeiset vahvuudet ja kehittämistarpeet.

Uusimmat tiedot (2019) koskevat pääasiassa tiedonkeruuvuotta. Tästä poikkeuksena esimerkiksi väestön hyvinvointi- ja terveysteemojen raportointia koskevat kysymykset (kuviot 4-5).

Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys/selkeys

Tiedot julkaistaan THL:n ylläpitämässä palvelussa osoitteessa www.teaviisari.fi ja perustaulukot osoitteessa www.teaviisari.fi/kuntajohto. Tilastotietoja voi poimia myös Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä osoitteesta <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?q=4072>. Sotkanetissä on mahdollista tarkastella vain kokonaispisteitä ja muutamia yksittäisiä indikaattoreita. Ulottuvuuksittain ja kaikkien yksittäisten indikaattoreiden tasolla tiedot ovat saatavilla TEAviisarista. Tiedot raportoidaan voimassa olevalla kuntajaolla. Tilastoraportissa julkaistaan päätulokset.

Tilastojen vertailukelpoisuus

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -aineisto on kerätty vuosina 2011, 2013, 2015, 2017 ja 2019. Tietosisältöön on kehitetty uusia indikaattoreita ja myös tehty pieniä muutoksia. Keskeinen tietosisältö, yhteensä 15 indikaattoria, on pysynyt samana. Vuonna 2016 indikaattoreita oli yhteensä 66, joista 44 oli käytössä myös vuonna 2017. Vuonna 2017 tiedonkeruulomakkeeseen lisättiin vaihtuvat teemat -osio palvelemaan esimerkiksi STM:n hallinnonalan kärkihankkeiden seurantaa. Vuonna 2019 mitattiin ensimmäisen kerran kuntajohdon voimavaroja. Vuonna 2019 samoja indikaattoreita kuin vuonna 2017 oli ulottuvuuksittain tehdyssä tarkastelussa seuraavasti: sitoutuminen 10/20, johtaminen 10/15, seuranta ja tarveanalyysi 12/14 ja osallisuus 12/15. Vuonna 2017 indikaattoreita oli yhteensä 50 kappaletta, 2015 yhteensä 72 kpl, vuonna 2015 yhteensä 72 kpl, vuonna 2013 yhteensä 64 kpl ja vuonna 2011 47 kpl.

Selkeys ja eheys/yhtenäisyys

Tilasto sisältää melko kattavasti koko maan tiedot hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntien strategisen johtamisen näkökulmasta (93 % kunnista). Kattavuus on noussut, vuonna 2017 kattavuus oli 91 %, vuonna 2015 79 %, vuonna 2013 67 % ja vuonna 2011 58 % kunnista.

Vuoden 2019 erityiskysymykset

Kaikkiaan 22 kuntaa ei toimittanut tietojaan: Alavieska, Alavus, Enontekiö, Eura, Hanko, Ilmajoki, Jokioinen, Karkkila, Kiitee, Lappajärvi, Lestijärvi, Muhos, Pornainen, Pyhäjoki, Raahe, Ruovesi, Saarijärvi, Sauvo, Savukoski, Sulkava, Utsjoki ja Uurainen.